

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1926-1927 — N° 56

LA RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN

DANS LE SANG DU CORDON OMBILICAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert PAINDESTRE

Né le 26 Juillet 1899, à St-Vaast-la-Hougue (Manche)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Décembre 1926

LA RÉACTION
DE
BORDET - WASSERMANN
DANS LE SANG DU CORDON OMBILICAL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1926-1927 — N° 56

LA RÉACTION

DE

BORDET-WASSERMANN

DANS LE SANG DU CORDON OMBILICAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert PAINDESTRE

Né le 26 Juillet 1899, à St-Vaast-la-Hougue (Manche)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

' 42-44, Rue Sala, 42-44

—
Décembre 1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ

Doyen MM. J. LEPINE.

Assesseur X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	PIC.
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	X.
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD,
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.	NOVÉ JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie.	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL,
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.	MARTIN (Etienne).
Pharmacie	COURMONT (P.).
	X.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL,
— Urologie	GAYET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Orthopédie	THEVENOT (Léon)
Puériculture et Hygiène de la première enfance	RHENTER,
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

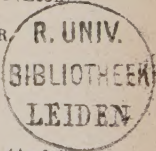
MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROCHAIX	BONNET	DUNET
FROMENT	CORDIER (V.)	RHENTER	CHALIER (André)
TRILLAT	ROUBIER	MAZEL	CHALIER (Joseph)
SARVONAT	FAVRE	SANTY	NOEL
FLORENCE (G.)			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, Président ; TRILLAT, Assesseur ;
MM. RHENTER et FAVRE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA FEMME

A MES FILS

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. NICOLAS

*Professeur de Clinique Dermatologique et Vénéréologique
à la Faculté de Lyon*

Médecin de l'Antiquaille

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

M. LE PROFESSEUR LANNOIS

M. LE PROFESSEUR ROLLET

M. LE PROFESSEUR G. GAYET

M. LE DOCTEUR GARDÈRE

M. LE DOCTEUR PALLASSE

INTRODUCTION

Le sujet que nous étudions n'est pas nouveau. Mais en France, il a été peu étudié, ou même abandonné par ceux qui avaient commencé son étude.

La syphilis héréditaire est à l'ordre du jour. Son dépistage précoce et son traitement rapide nécessitent le concours des diverses méthodes de diagnostic.

C'est pourquoi obstétriciens, syphiligraphes et pédiatres ont pensé à utiliser la réaction de Bordet-Wassermann comme moyen de diagnostic. A ce point de vue, la première idée logique fut de chercher la positivité ou la négativité de la réaction dans le sang de la mère. Puis certains auteurs cherchèrent à utiliser le sérum du sang du nouveau-né, prélevé au niveau du cordon ombilical, au moment de sa ligature.

A première vue, cette méthode séduit.

En effet :

Elle est simple : il suffit de posséder quelques tubes stérilisés pour recueillir le sang au moment de la section du cordon.

Elle permet de recueillir une quantité de sang relativement considérable, d'où possibilité de faire plusieurs réactions ou examens (Bordet-Wassermann ; Hecht; Vernes).

Elle est discrète et non douloureuse, avantages appréciés de la parturiente.

Mais, ces avantages sont-ils étayés par des résultats dont la nature et la valeur soient tels, qu'on puisse employer cette méthode en pratique obstétricale courante.

C'est ce que nous nous proposons de rechercher.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidé dans notre travail.

A M. le Professeur Trillat, Accoucheur des Hôpitaux de Lyon, qui nous a inspiré ce sujet et nous a aidé de ses conseils si éclairés. Sa bienveillance et sa bonté se sont manifestées pour nous en des circonstances particulièrement chères au souvenir. Qu'il nous soit donc permis aujourd'hui de le remercier très respectueusement et de l'assurer de notre immense gratitude.

A M. le Docteur Vignes, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Accoucheur des Hôpitaux. Il nous a reçu avec l'amabilité la plus franche et a mis à notre disposition, pour y puiser sans réserve, sa documentation obstétricale aussi complète que pleine d'intérêt.

A M. le Docteur Gaté, Médecin des Hôpitaux de Lyon, qui a bien voulu nous faire profiter de ses connaissances si approfondies en syphiligraphie.

CHAPITRE PREMIER

LA RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN SA VALEUR — SES IMPERFECTIONS

La réaction de Wassermann recherchée dans le sang du cordon ombilical n'est qu'une variante de la réaction de B.-W. dans le sang de la femme enceinte ou non.

Si des critiques peuvent être faites à cette réaction, elles auront autant de valeur dans un cas comme dans l'autre.

Certes, nous ne voulons pas faire ici le procès ou l'apologie du Wassermann. Tout a été dit sur cette question, dans tous les pays, par tous les médecins spécialistes ou non. Ce que nous pouvons faire, c'est exposer ici, en quelques lignes, les idées des cliniciens de l'Ecole de l'Antiquaille sur ce sujet, tant controversé.

Nicolas et Gaté ont montré qu'on pouvait trouver une réaction de B.-W. positive, assez fréquemment en dehors de la syphilis.

Ces mêmes auteurs considèrent que la réaction de B.-W. n'est pas un argument de valeur dans les examens médicaux-légaux, la question du mariage, etc.

Gougerot, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, affirme également le désaccord entre le pourcentage des cas cliniques et celui du B.-W. positif. Il confirme donc l'opinion des auteurs lyonnais. On peut donc, avec l'école lyonnaise, admettre les conclusions suivantes :

1° Une réaction de B.-W. négative ne veut rien dire et ne peut permettre en aucun cas d'éliminer la syphilis.

Dans ces cas, il faut toujours donner raison à la clinique, s'il y a désaccord.

2° Une réaction positive, d'accord avec la clinique, a une valeur certaine et permet d'affirmer le diagnostic de syphilis.

3° Une réaction positive, ne coïncidant pas avec des signes cliniques de syphilis, appelle une discussion serrée. Car, on sait que la syphilis peut être positive dans certaines maladies (lèpre, pian, paludisme, scarlatine).

D'autre part, Nicolas et Gaté ont décrit ce qu'ils appellent « les sérums paradoxaux », sérum de gens parfaitement indemnes de syphilis et qui présentent pourtant une réaction de B.-W. positive. Donc, dans ces cas de non concordance, il fait faire la réaction de B.-W. plusieurs fois de suite, en série, à de longs intervalles. Si elle reste constamment positive elle acquiert une valeur vraiment indicative et permet de faire pencher le diagnostic en faveur de la syphilis,

On peut donc dire, en résumé, d'une réaction de Wassermann qu'elle donne des indications et non une certitude.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La question du B.-W. dans le sang du cordon ombilical a été peu étudiée en France et ce sont surtout les Anglo-Saxons qui ont porté leurs recherches de ce côté.

A ce sujet, qu'il nous soit permis de remercier encore tout particulièrement M. le Docteur Vigne, Accoucheur des Hôpitaux de Paris. Car, si, dans ce chapitre, nous pouvons faire état de certains travaux antérieurs et très intéressants, c'est parce qu'il a bien voulu mettre à notre disposition sa propre bibliographie.

En 1910, Pillon, à Lyon, publie une statistique de 12 cas. Les résultats trouvés sont discordants. L'auteur abandonne l'étude de la méthode.

En 1911, Calmette, Breton et Couvreur publient un travail portant sur 103 cas. Ils trouvent un B.-W. positif 16 fois, soit 15,5 %.

Notons que sur ces 16 enfants :

8 semblaient normaux ainsi que leurs mères ;

8 étaient cliniquement des syphilitiques.

St. Commiskey étudie 1.074 cas. Il trouve 33 B.-W. positifs, soit 3 %.

Fildes, en 1915, dans un hôpital des quartiers pauvres de Londres, étudie sur 1.015 accouchements le B.-W. dans le sang du cordon.

Il trouve 14 réactions positives, soit 1,4 %. Un seul de ces 14 enfants présentait des signes de syphilis infantile.

En 1920, un auteur américain, le Professeur Williams, publie une statistique sur 4.597 cas.

Il trouve un pourcentage de 1 %.

En 1924, Urecht, assistant à la clinique de la Maternité de Lausanne, pratiqua le B.-W. dans le sang du cordon sur 150 enfants.

Il trouva la réaction positive 2 fois, soit 1,3 %. Sur ces 150 cas, 97 fois le B.-W. fut pratiqué en même temps chez la mère et chez l'enfant, 6 fois la réaction fut positive.

Il apparaît donc, d'après cette énumération de travaux antérieurs, que les résultats obtenus sont évidemment discordants. Les pourcentages de réactions positives allant de 1 % à 15,5 %.

Ces différences ne sauraient être un argument contre la méthode, car si on prend les statistiques qui indiquent la fréquence de la syphilis chez les femmes enceintes, révélée par la positivité de la réaction de B.-W., pratiquée dans le sang de ces femmes, on trouve des discordances de chiffres du même ordre de grandeur: 2 % à 30 %, suivant les auteurs.

E. L. King donne un pourcentage de 2,4 %.

Schumann et Barnes donnent 27,8 %.

D'ailleurs, cette discordance dans le résultat se conçoit fort bien, si l'on veut se rappeler que la réaction de B.-W. n'a pas la rigoureuse valeur d'une loi mathématique; les difficultés de la technique ne sont pas niables. De même, de nombreuses causes d'erreur sont inhérentes à ces difficultés de technique.

Si bien que l'on peut admettre en fait l'opinion de Ravaut, de Paris, qui dit : « Une réaction de Wassermann ne vaut que par la signature qui l'accompagne », c'est dire qu'il nous est impossible d'attacher une valeur réelle à des différences mêmes sensibles, dans les résultats obtenus, ignorant les techniques des auteurs précités.

On peut faire une autre objection à la méthode de Wassermann dans le sang du cordon ; le sérum de ce sang est-il identique, a-t-il les mêmes propriétés que le sérum du sang maternel ? Question fort épineuse à laquelle nous ne pouvons répondre en l'état actuel de la science. A notre connaissance, aucune étude n'a été faite, qui soit capable de fournir une réponse précise. Certains pensent, et MM. Gaté et Vignes sont du nombre, que le sang du cordon est anti-complémentaire, que l'hémolyse semble se produire d'une façon anormale. Cet argument est basé sur une impression, non sur une certitude. C'est dire qu'il ne peut constituer une arme en faveur des détracteurs de la méthode qui fait l'objet de notre thèse.

Un argument plus sérieux a été porté par certains auteurs anglais surtout.

Le B.-W. à la naissance, disent-ils, change souvent et vite de signe, quand on le pratique sur le sang du cordon.

Tel nouveau-né qui aura un B.-W. négatif, présente, au bout d'un temps variable, un B.-W. positif. Ces faits ont été observés par Fordyce, Routh, Rosen, Kilduffe qui, pour ces motifs, déconseillent de faire le Wassermann avec le sang du cordon. Inversement, on peut avoir un changement de signe en sens inverse: moins après plus. C'est ainsi que Fildes, qui avait trouvé 14 B.-W. positifs dans le sang du cordon de 1.015 enfants, revit 660 de ces enfants entre 2 et 4 mois: 3 avaient un Wassermann positif, 1 avait des signes de syphilis, et, enfin, 7 enfants sur les 14 (soit 50 %) qui avaient un Wassermann positif à la naissance, étaient en bonne santé et présentaient une réaction négative. C'est là, évidemment, un fait troublant et certain, et qui serait de nature à prouver que le sérum du sang du cordon n'a pas les mêmes propriétés hémolytiques que celui de la mère. Une réaction de B.-W., qui change si vite de signe, traduit, sans doute, un changement rapide dans l'état physico-chimique du sérum et dans les propriétés spéciales des globulines sanguines: la réaction de Wassermann ne fait que traduire un état particulier de ces globulines sanguines chez le syphilitique. Or, on sait qu'avec d'autres antigènes que le foie d'hérédos on peut obtenir des réactions de Wassermann positives. Nous voulons parler de la cholestérine, des lécithines.

Faut-il donc admettre qu'à la naissance le sérum du nouveau-né est particulièrement riche en substan-

ces qui disparaîtraient par la suite, ou, inversement. Ce qui expliquerait la variabilité de la réaction dans les deux sens.

Enfin, le Professeur américain Williams, se basant sur l'évolution des enfants soumis à la réaction de B.-W. dans le sang du cordon, lors de leur naissance, a formulé contre la méthode une condamnation définitive. Son opinion semble si catégorique que nous préférons citer en entier la phrase, prise dans son traité « Obstétric », où il juge la méthode que nous étudions : « For many years it was our practice to make a routine Wassermann test upon the blood of the foetus obtained from the umbilical cord and the results were obtained about one per cent of 5.000 cases. Upon following such children during the first year of life it was found a considerable number, who presented a positive Wassermann at birth, subsequently showed a negative reaction and no time developed clinical manifestations of syphilis. While on the contrary in numerous other instances, the original negative reaction subsequently became positive and was accompanied by signs of congenital disease. For these reasons, we have abandoned the practice as the results obtained did not seem commensurate with the time or expense consumed. Fildes takes a similar view. »

Comme on le voit, c'est une condamnation sans appel formulée contre la méthode que nous étudions. Williams se plaint lui aussi que la réaction change de signe après la naissance. En outre, et c'est là une constatation grave, il affirme que ces changements de si-

gnes furent accompagnés ou non de manifestations cliniquement syphilitiques. D'après Williams, beaucoup de nouveaux-nés sains, si l'on juge par le B.-W. pratiqué à la naissance, deviennent dans l'espace de la première année des syphilitiques florides. Inversement, un certain nombre de nouveaux-nés étiquetés syphilitiques, au vu d'une réaction de B.-W. dans le sang du cordon, doublent le cap de la première année, sans avoir manifesté la moindre lésion spécifique.

Reconnaissons que les constatations du Professeur américain sont un argument de poids que nous ne pouvons actuellement confirmer ou infirmer. Nous espérons qu'un camarade aura l'idée, dans un ou deux ans, de reprendre l'examen de tous les cas positifs qui figureront au prochain chapitre dans l'étude détaillée de nos observations. Il pourra constater si ces enfants, syphilitiques d'après le B.-W. sont, en fait, restés cliniquement sains comme le prétend Williams. Une statistique isolée comme celle de Williams peut avoir une certaine valeur quand elle porte sur 5.000 cas. Mais elle aurait une portée encore plus grande si, de différents côtés, elle était confirmée. Pour notre part, nous pouvons dire, dès maintenant, que nous ne croyons guère en cette confirmation, tout au moins dans une forme absolue. Terminons enfin cette étude d'historique en signalant l'opinion de Finkener et Neugarten qui estiment que la positivité du Wassermann dans le sang du cordon n'est pas un critère de la présence ou de l'absence de syphilis chez le nouveau-né.

Klee trouve qu'il faut se méfier, car il n'y a pas toujours concordance entre le Wassermann dans le sang funiculaire et le Wassermann dans le sang de la mère, même lorsque la syphilis est indiscutable. Vignes, accoucheur des Hôpitaux de Paris, conseille d'être prudent dans l'interprétation des résultats.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Toutes nos observations ont été prises dans le service de M. le Professeur Trillat, à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon.

Nous avons dépouillé minutieusement 1.040 observations. Nous avons dû en écarter plus de 100 qui étaient, soit incomplètes, soit douteuses, si bien que nos statistiques portent en fait sur 935 cas.

Pour chaque cas, 2 opérations furent demandées au service de l'Institut bactériologique de Lyon, dirigé par M. le Professeur Gaté, médecin des Hôpitaux :

1° Rechercher la réaction de B.-W. dans le sang de la mère prélevé par ponction veineuse au pli du coude;

2° Rechercher la réaction de Hecht et la réaction de B.-W. dans le sang du cordon ombilical.

Nous pouvons dire de suite que nous avons constaté :

Concordance absolue entre les réactions de B.-W. et de Hecht et dans un sens comme dans l'autre.

Dans toutes nos observations, nous avons cherché, soit du côté de la mère, soit du côté du fœtus ou des annexes, les manifestations qui, aux yeux de tous, représentent des signes de syphilis.

C'est ainsi que nous avons soigneusement noté :

1° Les cas d'avortement dans les antécédents de la mère ;

2° D'accouchements prématurés spontanés dans ces mêmes antécédents ;

3° Les cas d'enfants mort-nés (macérés) ;

4° Les cas de Plurimortalité lors des grossesses antérieures ;

5° Le poids du Placenta ;

6° La grosseur de la rate chez les nouveaux-nés ;

7° La présence de Penphigus palmaire ou plantaire ;

8° L'existence de malformations.

Puis, nous avons classé toutes nos observations en 2 groupes :

1° Celles où la réaction de B.-W. est négative ;

2° Celles où la réaction de B.-W. est positive.

Nous étudierons séparément chacun des 2 groupes d'observations, mais auparavant jetons un coup d'œil d'ensemble sur les résultats obtenus.

Sur 935 observations, nous avons relevé :

49 réactions de B.-W. positives dans le sang du cordon ;

886 réactions de B.-W. négatives dans le sang du cordon ;

Ce qui donne un pourcentage de 5,24 % de réactions positives et 94,76 % de réactions négatives.

Nous avons déjà fait remarquer au chapitre précédent les différences considérables dans les chiffres fournis par les différents auteurs, quand on cherche à déceler la syphilis héréditaire en pratiquant le B.-W. dans le sang maternel.

Les résultats obtenus varient de 2,4 % à 27 %.

Nous arrivons à un chiffre de 5,24 %, ce qui n'a vraiment rien d'extravagant.

On peut donc dire, à première vue, que les résultats fournis par le B.-W. dans le sang du cordon sont, pour le moins, logiques; traduisent-ils la réalité des faits ? Ce chiffre de 5,24 % est-il inférieur au chiffre véritable des cas de syphilis héréditaire ?

Poser cette question, c'est en amener une autre qui est loin d'être résolue, « la grossesse négative-t-elle le Bordet-Wassermann ? ».

Bard et Daunay, étudiant cette question sur 146 cas, sont arrivés aux résultats suivants :

1° Sur 45 femmes syphilitiques florides, enceintes ou récemment accouchées, le B.-W. ne se révèle positif que dans 53 % des cas, soit 47 % de cas négatifs. Or, ces mêmes femmes, examinées en dehors de toute gestation, présentent un B.-W. positif dans la proportion de 75 % à 95 %, suivant les auteurs.

2° Sur 16 femmes à antécédents syphilitiques nets, enceintes, le B.-W. ne se révèle positif que dans 35 % des cas, soit 65 % de cas négatifs. Or, ces mêmes femmes, examinées en dehors de toute gestation, présentent un B.-W. dans 80 % des cas.

Si l'on considère ces chiffres, il faudrait donc conclure que, dans une certaine mesure la grossesse négative le B.-W.

Pourquoi ?

On peut invoquer l'action des traitements antérieurs à l'état de gestation.

On peut invoquer aussi le fait que, chez l'homme, il y a toujours désaccord entre le pourcentage des B.-W. positifs et des cas cliniques auxquels ils se rapportent. Explication insuffisante, car, ici, le pourcentage des B.-W. négatifs anormaux est loin d'égaliser le pourcentage vraiment énorme de B.-W. négatifs qu'on trouve chez les femmes enceintes, puisque, d'après Bard et Daunay on trouve 47 fois sur 100 (soit dans près de la moitié des cas), la réaction négative chez des femmes enceintes, notoirement et certainement syphilitiques.

Que conclure ?

Un esprit fertile peut trouver, pour expliquer de telles anomalies, les raisons les plus variées, les plus osées. Faire des hypothèses en médecine n'est certes pas chose compliquée. Nous pourrions apporter notre petite idée, nous préférons constater le fait indubitable, laisser à d'autres plus qualifiés le soin de trouver l'explication scientifique, s'il en existe, et conclure avec Vignes : « Il faut admettre la diminution de l'aptitude des femmes enceintes à avoir un B.-W. positif. »

Nous venons de voir que, dans 5,24 % des cas, le B.-W. est positif dans le sang du cordon ombilical.

Etudions maintenant, en détail, les 886 cas où cette même réaction est négative et nous terminerons ce

chapitre par le point le plus intéressant : l'étude des cas positifs.

1° OBSERVATIONS AVEC REACTION DE B.-W. NEGATIVE

L'étude de ces cas s'étend sur 886 observations.

Sur ces 886 cas, nous en avons trouvé 472 absolument normaux. Nous voulons dire par là que la réaction de B.-W. négative coïncidait 472 fois avec des observations ou par un fait, tant du côté de la mère que du côté du fœtus et des annexes, ne pouvait faire soupçonner la syphilis.

Donc, dans 53 % des cas, on peut dire que le B.-W. négatif coïncide avec un état puerpéral absolument physiologique.

Par contre, dans 47 % des cas (414 cas), la réaction de B.-W. négative a marché de pair avec certains accidents dont il nous faut discuter la nature, voir s'ils nous permettent de soupçonner ou affirmer la spécificité et, par conséquent, s'ils nous conduisent à opposer, dans ces cas du moins, le Bordet-Wassermann à la clinique.

A. — Etudions en premier lieu la question des *avortements*.

Nous avons trouvé 112 observations où une ou plusieurs fausses couches existent dans les antécédents de la mère, ce qui fait un pourcentage de 13 %. Or, sur ces 112 cas d'avortements, nous n'avons trouvé que 5 fois (soit 4,4 %) l'albuminurie à la base de la fausse couche. 3 fois cette albuminurie était ignorée

de la malade, 2 fois elle était la conséquence de maladie antérieure, 1 fois la scarlatine, 1 fois une cardiopathie pourtant bien compulsée. Notons que la cardiaque fit 4 fausses couches à répétition. Pour les 4 autres cas, l'avortement a été unique.

Enfin, une seule fois l'avortement fut provoqué par une chute.

Par conséquent, sur 112 avortements, la cause nous échappe 106 fois.

Ce chiffre de 106 fausses couches avec B.-W. négatif paraît énorme. En fait, il faut se rappeler que s'il est classique de mettre l'avortement sur le compte de la syphilis ou de l'albuminurie, il est certain qu'une fausse couche peut être causée par d'autres facteurs très divers : chutes, traumatismes, émotions, infections, et, par conséquent, rien ne nous autorise à affirmer la syphilis dans l'étiologie de ces 106 avortements, avec Bordet-Wassermann négatif.

B. — Voyons, en second lieu, la question des *accouchements prématurés*.

Nous trouvons ici 5 cas d'accouchements prématurés spontanés dans les antécédents maternels. Pas une seule fois l'albuminurie ne peut être invoquée comme facteur étiologique. Notons sur un cas l'association de l'A. P. S. avec une grosse rate et un gros placenta. L'étiologie de l'A. P. S. étant identique à celle de l'avortement, on peut admettre que, souvent, la syphilis n'est pour rien dans sa genèse.

D'ailleurs, 5 A. P. S. sur 886 cas représentent une très faible proportion (0,56 %), presque négligeable, et si l'on voulait schématiser, on pourrait dire : Accou-

chement à terme égal, Bordet-Wassermann négatif

C. — Nous abordons ici la question fort importante des enfants *mort-nés, macérés*. On sait que, pour beaucoup, la macération constitue un signe de certitude en faveur de la syphilis. Voyons donc, si, dans ce cas bien classique, Bordet-Wassermann et clinique vont se trouver en franc désaccord.

Eh bien non ! Car, sur 886 cas avec B.-W. négatif, nous n'avons relevé que 2 *cas* de macérés. Et l'un est nettement en rapport avec une albuminurie gravidique ; quant à l'autre, la cause nous échappe. Il n'existe ni albuminurie, ni autres causes pouvant produire la macération. Nous constatons donc ici que le Bordet-Wassermann négatif dans le sang du cordon, cadre avec l'absence de macération du fœtus, signe capital en faveur d'une syphilis héréditaire. Car *un cas* sur 886, c'est une proportion infime, dont on ne doit pas tenir compte pratiquement.

D. — Après avoir accusé les fausses couches, les accouchements avant terme, la macération d'être chez une femme, autant de signes de syphilis, on a voulu y adjoindre la *polymortalité infantile*.

Sur nos 886 cas avec Bordet-Wassermann négatif, nous avons trouvé 5 fois des observations typiques de polymortalité infantile. Mais nous devons dire que nous avons trouvé toujours une étiologie précise, capable d'expliquer en dehors de la syphilis, la mort d'enfants entre 0 et 1 an. Nous avons l'existence de rougeoles, diarrhées infantiles, broncho-pneumonies, méningites, toutes affections qui tuent trop souvent pour leur propre compte.

Là encore, la spécificité ne semble jouer aucun rôle, fait d'ailleurs confirmé par la négativité de la réaction de Wassermann.

E. — Envisageons maintenant la question des *gros placentas*. La clinique enseigne qu'un placenta qui dépasse le quotient $1/6$ est de nature syphilitique. Sur 886 cas avec Bordet-Wassermann négatif, nous avons noté 305 placentas pesant plus que normalement, ce qui fait un pourcentage de 33 %.

Sur ces 305 cas, 259 fois le placenta atteignait en poids le quotient de $1/5$; 42 fois le placenta atteignait en poids le quotient de $1/4$. Sur ces 42 cas, nous avons noté 2 fois l'existence d'albuminurie.

4 fois seulement nous avons pu noter la coexistence d'une hypertrophie splénique et d'un gros placenta.

Que pouvons-nous conclure ? Un fait nous semble évident, c'est la grande fréquence d'une hypertrophie placentaire coïncidant avec une réaction de Bordet-Wassermann négative. Mais il est non moins évident que, dans la très grande majorité de ces cas, l'hypertrophie placentaire constitue le seul signe de syphilis. La plupart des auteurs prétendent qu'une réaction de B.-W. négative n'a aucune valeur et qu'elle doit toujours céder le pas à la clinique. Faut-il donc alors considérer comme syphilitique et le traiter comme tel un nouveau-né dont le poids placentaire a un quotient de $1/5$, malgré une réaction de B.-W. négative. Questions que d'aucuns résolvent par l'affirmation, mais qui, à notre avis, appelle une grande réserve.

F. — Nous terminons enfin cette étude de nos cas

avec B.-W. négatif, par l'examen de *signes de syphilis chez le nouveau-né*.

1° MALFORMATIONS.

Nous n'avons pas rencontré une seule observation de malformations à la naissance.

2° PEMPHIGUS PLANTAIRE ET PALMAIRE.

Le pemphigus représente, aux yeux de tous les accoucheurs, non seulement un signe de syphilis, mais encore de syphilis virulente. Or, pas une seule de nos observations à B.-W. négative ne mentionne l'existence de bulles de pemphigus chez le nouveau-né.

3° HYPERTROPHIE SPLENIQUE.

Nous l'avons relevé 15 fois, soit 1,7 %.

Sur ces 15 cas, elle a coïncidé 11 fois avec une hypertrophie placentaire. Une seule fois nous avons noté le fait d'un nouveau-né avec grosse rate, gros placenta, issu d'une mère ayant eu, auparavant, un accouchement prématuré à 8 mois.

Si nous voulons résumer ce chapitre des observations à Bordet-Wassermann négatif, nous pouvons dire que réaction et clinique sont très souvent d'accord. En effet, nous n'avons rencontré, ni malformations chez le nouveau-né, ni pemphigus, ni polymortalité douteuse. La proportion infime de macérés, d'hypertrophique splénique chez le nouveau-né, d'accouchement prématuré chez la mère ne sont pas un argument contre notre thèse.

Un point délicat subsiste, c'est le nombre vraiment considérable d'hypertrophies placentaires. Mais, étant donné le fait que ces gros placentas sont, dans l'immense majorité des cas, un signe isolé, il est permis de mettre en doute la valeur absolue et rigoureuse que d'aucuns ont bien voulu lui attribuer.

Synthétisons notre pensée en disant : quand un nouveau-né présente une réaction de Bordet-Wassermann négative dans le cordon, il a les plus grandes chances d'être indemne de syphilis.

2° OBSERVATIONS AVEC BORDET-WASSERMANN POSITIF

Reconnaître à la seule réaction de Bordet-Wassermann une valeur diagnostique, c'est reconnaître, à plus forte raison, qu'elle doit corroborer la syphilis dans toutes ses diverses manifestations cliniques.

Il eut été intéressant de voir une réaction de B.-W. positive dans le sang du cordon venant confirmer une syphilis ancienne, avouée par une accouchée, connue d'elle, contractée avant ou depuis le mariage, soignée ou non. Malheureusement, malgré des investigations minutieuses, nous ne pouvons faire état d'aucun cas pareil. L'étude détaillée des antécédents médicaux et chirurgicaux de nos accouchées ne nous a pas permis de relever des signes précis qui puissent nous faire dire de telle ou telle : « Elle contracta autrefois la syphilis ».

Si ce critère nous manque, nous pouvons néan-

moins apprécier facilement la valeur des réactions positives dans le sang du cordon.

En effet, nous avons déjà mentionné, dans le cours de ce chapitre, que certaines manifestations rencontrées chez la mère (macération), chez le fœtus (grosse rate), au niveau des annexes (gros placenta) sont de nature syphilitique, du moins, pour la majorité des auteurs.

Reprenant la phrase classique de Bouillaud, à propos du rhumatisme cardiaque, nous chercherons à établir « si, dans les cas de B.-W. positif, la coïncidence d'une ou plusieurs de ces manifestations syphilitiques est la règle et la non coïncidence l'exception ».

Notons, dès maintenant, que sur nos 43 observations positives, nous avons rencontré, dans 15 cas, une discordance entre les résultats de la réaction, qui était alors positive chez l'enfant et négative chez la mère. Dans 19 cas, la positivité existe chez la mère et chez l'enfant. Enfin, dans 16 observations, il manquait les résultats de la recherche de la réaction chez la mère. Donc, on peut dire que, dans 57 % des cas, le Bordet-Wassermann est positif en même temps chez la mère et chez l'enfant.

Mentionnons également que, sur 49 observations positives, 3 sont normales (6 %). Nous entendons par là que, dans ces 3 cas, pas un fait ne peut faire soupçonner la syphilis.

Reprenons maintenant en détail l'étude de nos observations positives.

OBSERVATION I

Primipare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 600.

Poids de l'enfant = 2.930. | Quotient = 1/4.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION II

Primipare.

Antécédents obstétricaux : rien à signaler.

Placenta = 550.

Poids de l'enfant = 2.980. | Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, *rate perçue*, par ailleurs enfant normal.

OBSERVATION III

Primipare.

Antécédents obstétricaux : rien à signaler.

Placenta = 610.

Poids de l'enfant = 3.420. | Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, enfant normal.

OBSERVATION IV

7 geste, 6 pare.

Antécédents obstétricaux = 1 fausse-couche de 4 mois 1/2 (4^e enfant). *Pas d'albumine*. Tous les autres sont nés à terme.

Placenta = 600.

Poids de l'enfant = 3.460. | Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION V

2 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = 1 fausse-couche de 2 mois 1/2 (pas d'albumine comme étiologie).

Placenta = 490.

Poids de l'enfant = 2.670. | Quotient = $1/5$.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION VI

2 geste, 2 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 800.

Poids de l'enfant = 3.850. | Quotient = $1/4$.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION VII

2 geste, 2 pare.

Antécédents obstétricaux = premier enfant est une fille mort-née à 8 mois (pas de renseignements précis sur l'étiologie possible).

Placenta = 880.

Poids de l'enfant = 3.430. | Quotient = $1/3$.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION VIII

4 geste, 3 pare.

Antécédents obstétricaux = fausse-couche de 5 mois (3^e enfant); pas d'albumine comme étiologie; les 2 premiers enfants sont venus à terme et sont bien portants.

Placenta = 570.

Poids de l'enfant = 3.300. | Quotient = $1/5$.

Enfant = né à terme, rate perçue, par ailleurs enfant normal.

OBSERVATION IX

4 geste, 2 pare.

Antécédents obstétricaux = fausse-couche de 7 mois $1/2$ (premier enfant); fausse-couche de 6 mois $1/2$ (deuxième

enfant). (Pas d'albumine comme étiologie.) Le troisième enfant est né à terme et se porte bien.

Placenta = 650.

Poids de l'enfant = 3.080. | Quotient = $1/4$.

Enfant = né à terme, normal.

OBSERVATION X

6 geste, 5 pare.

Antécédents obstétricaux = 1 fausse-couche de 2 mois $1/2$ (2^e enfant); tous les autres sont venus à terme, se portent bien et ont été nourris au sein.

Placenta = 530.

Poids de l'enfant = 2.950. | Quotient = $1/5$.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XI

Primipare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 730.

Poids de l'enfant = 3.720. | Quotient = $1/5$.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XII

5 geste, 4 pare.

Antécédents obstétricaux = 1 fausse-couche de 2 mois $1/2$ (2^e enfant); tous les autres enfants sont nés à terme et se portent bien.

Placenta = 630.

Poids de l'enfant = 3.180. | Quotient = $1/5$.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XIII

3 geste, 3 pare.

Les 2 premiers enfants sont bien portants et ont été mis au sein.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 600.

Poids de l'enfant = 3.430. | Quotient = $1/5$.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XIV

5 geste, 5 pare.

Tous vivants, tous à terme.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 580.

Poids de l'enfant = 3.470. | Quotient = $1/6$.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XV

2 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = 1 fausse-couche de 2 mois
(pas d'albumine comme étiologie).

Placenta = 770.

Poids de l'enfant = 3.900. | Quotient = $1/5$.

Enfant = né à terme, normal.

OBSERVATION XVI

1 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 550.

Poids de l'enfant = 2.280. | Quotient = $1/4$.

Enfant = né à 7 mois $1/2$ (pas d'albumine, pas d'étiologie
précise), pas de rate, l'enfant ne prend pas de poids.

OBSERVATION XVII

3 geste, 2 pare.

Antécédents obstétricaux = 1 fausse-couche de 4 mois $1/2$
(2^e enfant), pas d'albumine. Le premier enfant est né à terme,
mais *mort-né*; on ne sait s'il s'agit d'un macéré.

Placenta = 500.
Poids de l'enfant = 3.280. | Quotient = $1/6$.
Enfant = né prématurément à 8 mois $1/2$ avec une *grosse rate* (pas d'albumine).

OBSERVATION XVIII

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 650.
Poids de l'enfant = 3.780. | Quotient = $1/5$.
Enfant = né à terme, *grosse rate*, enfant normal par ailleurs.

OBSERVATION XIX

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 530.
Poids de l'enfant = 2.970. | Quotient = $1/5$.
Enfant = né à terme, *grosse rate*, normal par ailleurs

OBSERVATION XX

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 430.
Poids de l'enfant = 3.270. | Quotient = $1/7$.
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXI

1 geste, 1 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 620.
Poids de l'enfant = 3.100. | Quotient = $1/5$.
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXII

4 geste, 4 pare.

Antécédents obstétricaux = les 3 premiers enfants sont nés *prématurément* à 6 mois 1/2, 8 mois 1/2 et 8 mois 1/2, les deux derniers étant nés *macérés*.

Placenta = 680.

Poids de l'enfant = 3.570.

Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, *grosse rate*, normal par ailleurs.

OBSERVATION XXIII

2 geste, 2 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 600.

Poids de l'enfant = 3.400.

Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXIV

1 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 420.

Poids de l'enfant = 1.840.

Quotient = 1/4.

Enfant = né à 8 mois (pas d'albumine), pas de rate, aspect normal.

OBSERVATION XXV

2 geste, 2 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 600.

Poids de l'enfant = 3.680.

Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXVI

1 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler,

Placenta = 520. |
Poids de l'enfant = 3.220. | Quotient = 1/5.
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXVII

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 860. |
Poids de l'enfant = 4.000. | Quotient = 1/4.
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXVIII

1 geste, 1 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 420. |
Poids de l'enfant = 2.450. | Quotient = 1/5.
Enfant = né à 7 mois 1/2 (pas d'albumine), pas de rate,
aspect normal.

OBSERVATION XXIX

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 450. |
Poids de l'enfant = 2.900. | Quotient = 1/6.
Enfant = né à terme, enfant normal.

OBSERVATION XXX

1 geste, 1 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 510. |
Poids de l'enfant = 3.270. | Quotient = 1/6.
Enfant = né à terme, *grosse rate*, normal par ailleurs.

OBSERVATION XXXI

1 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 480.

Poids de l'enfant = 1.820. | Quotient = 1/4.

Enfant = né à 8 mois (*albuminurie*), pas de rate, aspect normal.

OBSERVATION XXXII

4 geste, 4 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 750.

Poids de l'enfant = 4.150. | Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, *grosse rate*, aspect normal par ailleurs.

OBSERVATION XXXIII

4 geste, 3 pare.

Antécédents obstétricaux = une fausse-couche de 4 mois et demi (3^e enfant), sans *albuminurie*.

Placenta = 450.

Poids de l'enfant = 2.550. | Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXXIV

1 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 560.

Poids de l'enfant = 3.150. | Quotient = 1/5.

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXXV

1 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 530.
Poids de l'enfant = 2.500. | Quotient = $1/4$.
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXXVI

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 580.
Poids de l'enfant = 3.200. | Quotient = $1/5$.
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXXVII

4 geste, 4 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 850.
Poids de l'enfant = 4.200. | Quotient = $1/4$.
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXXVIII

5 geste, 5 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 490.
Poids de l'enfant = 2.560. | Quotient = $1/5$.
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XXXIX

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 800.
Poids de l'enfant = 3.920. | Quotient = $1/4$.
Enfant = né à 8 mois (pas d'albuminurie), grosse rate
vérifiée à la Radio. Aspect de l'enfant normal.

OBSERVATION XL

1 geste, 1 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 490.
Poids de l'enfant = 2.200. | Quotient = 1/4.
Enfant = né à 7 mois 1/2 (pas d'albuminurie), *pas de*
rate, aspect normal.

OBSERVATION XLI

1 geste, 1 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 850.
Poids de l'enfant = 4.080. | Quotient = 1/4.
Enfant = né à terme, *grosse rate*, aspect normal.

OBSERVATION XLII

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 490.
Poids de l'enfant = 3.230. | Quotient = 1/6.
Enfant = né à terme, *rate douteuse*, aspect normal.

OBSERVATION XLIII

2 geste, 2 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 720.
Poids de l'enfant = 3.840. | Quotient = 1/5
Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XLIV

1 geste, 1 pare.
Antécédents obstétricaux = rien à signaler.
Placenta = 1.300.
Poids de l'enfant = 320. | Quotient = 1/4.

Enfant = *né macéré* (pas d'albumine), *grosse rate* (radio),
placenta « chair à saucisse ».

Recherche du Tréponème = $\left\{ \begin{array}{l} + \text{ dans le foie.} \\ - \text{ dans le placenta.} \\ - \text{ dans le cartilage de con-} \\ \text{jugaison.} \end{array} \right.$

OBSERVATION XLV

4 geste, 4 pare.

Antécédents obstétricaux = 3^e enfant né à 7 mois, *macéré*
(Bordet-Wassermann + chez la mère à cette époque).

Placenta = 650.

Poids de l'enfant = 3.300. $\left| \begin{array}{l} \text{Quotient} = 1/5. \end{array} \right.$

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XLVI

1 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 660.

Poids de l'enfant = 2.500. $\left| \begin{array}{l} \text{Quotient} = 1/3. \end{array} \right.$

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XLVII

2 geste, 2 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 600.

Poids de l'enfant = 3.070. $\left| \begin{array}{l} \text{Quotient} = 1/5. \end{array} \right.$

Enfant = né à terme, normal.

OBSERVATION XLVIII

1 geste, 1 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 610.

Poids de l'enfant = 3.500. $\left| \begin{array}{l} \text{Quotient} = 1/5. \end{array} \right.$

Enfant = né à terme, absolument normal.

OBSERVATION XLIX

3 geste, 3 pare.

Antécédents obstétricaux = rien à signaler.

Placenta = 680.

Poids de l'enfant = 3.100. | Quotient = 1/4.

Enfant = né à 8 mois (pas d'albumine), normal par ailleurs.

L'examen détaillé des observations que nous venons de mentionner, nous conduit à tirer un certain nombre de conclusions ayant trait aux rapports qui existent entre la positivité de la réaction humorale et la fréquence plus ou moins grande des diverses manifestations syphilitiques rencontrées chez la mère, chez le fœtus ou au niveau des annexes.

A. — **AVORTEMENTS.**

Sur 49 observations avec une réaction de B.-W. positive, nous avons noté 9 cas avec fausses couches dans les antécédents de la mère. Ce qui fait une proportion de 18 %.

De nombreux auteurs ont recherché dans quelle mesure l'avortement apparaît comme de nature syphilitique en prenant pour critère étiologique la positivité de la réaction de Wassermann dans le sang de la mère. Les chiffres donnés traduisent des divergences considérables qui laissent un peu rêveur ! Tandis que Kehrer trouve un pourcentage de 11, Brindeau arrive à 62, pour ne citer que les extrêmes. Notre statistique prend parmi ces chiffres une place intermédiaire. Dans nos 9 observations de fausses couches,

nous n'avons relevé comme étiologie possible ni albuminurie, ni maladies infectieuses, ni traumatismes, ni chocs nerveux.

B. — HYPERTROPHIE PLACENTAIRE.

Nous avons relevé 43 fois des placentas dont le poids est supérieur au quotient 1/6, ce qui fait un pourcentage de 87,7 %.

Ces gros placentas se répartissent ainsi :

Placentas avec quotient 1/5 : 27 cas, soit 55 % ;

— — — 1/4 : 14 cas, soit 28 % ;

— — — 1/3 : 2 cas, soit 4 %.

Donc, dans la grande majorité des cas, la coïncidence d'une hypertrophie placentaire et d'un B.-W. positif existe.

C. — MACERES.

Nous avons relevé 3 cas de macération dans les antécédents obstétricaux des femmes ayant un B.-W. positif. Dans ces 3 cas, on ne peut invoquer l'albuminurie comme étiologie. Nous avons donc coïncidence de macération et de B.-W. positif dans 6 % des cas.

D. — HYPERTROPHIE DE LA RATE.

C'est peut-être le signe le plus marquant de l'imprégnation syphilitique chez le nouveau-né.

Nous relevons 12 grosses rates sur 49 cas avec B.-W. positif, ce qui fait un pourcentage de 24 %.

Jamais cette hypertrophie splénique n'a constitué un signe isolé d'imprégnation syphilitique, car :

6 fois la grosse rate était associée à des fausses couches.

2 fois elle était associée à des accouchements prématurés lors des grossesses antérieures.

2 fois à un gros placenta.

2 fois à des enfants macérés lors des grossesses antérieures.

Ajoutons que, dans 2 cas, la radiographie est venue confirmer l'état hypertrophique de la rate.

Dans le premier cas, l'enfant était né à 8 mois, sans que la mère présentât de l'albuminurie.

Dans le deuxième cas, l'enfant était né en état de macération, avec un placenta « chair à saucisse » typique. Le tréponème fut décelé dans le foie, mais non dans le placenta et dans les cartilages de conjugaison.

On peut donc dire, d'après ces observations, que l'association clinique : grosse rate, B.-W. positif, macération ou accouchement avant terme, constitue un argument de premier ordre en faveur de la syphilis héréditaire.

E. — **ACCOUCHEMENT PREMATURE.**

Cet accident est arrivé 6 fois, sur les 49 enfants qui présentaient une réaction positive, ce qui fait un pourcentage de 12 %. Mais ici encore cet accident n'a jamais été isolé. Nous l'avons vu se produire une fois alors qu'il existait des fausses couches et un macéré chez la mère. Une autre fois, il a coïncidé avec une grosse rate et, dans 4 autres cas, les mères de ces enfants avaient présenté des avortements lors des grossesses antérieures.

F. REPRISE DE POIDS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Normalement, un nouveau-né perd 150 à 200 grammes pendant les 2 ou 3 premiers jours. Puis, la courbe du poids se relève progressivement et, au dixième jour, un enfant sain doit avoir récupéré le poids de naissance. Il arrive souvent que, chez le nouveau-né syphilitique, cette reprise de poids se produise avec un retard plus ou moins grand.

Dans 20 cas, le nouveau-né reprit son poids entre le sixième et le dixième jour, mais, dans 29 autres cas (soit 59 %), la reprise de poids ne s'était encore pas produite lors de la sortie de l'enfant de la Maternité, ou bien ne s'était produite que vers le quatorzième ou le seizième jour.

Il y a donc, chez les nouveaux-nés avec B.-W. positif, un retard très net dans l'aptitude à récupérer le poids de la naissance.

Voici donc terminée cette étude de nos cas avec Bordet Wassermann positif. Un petit tableau synthétisera les résultats que nous exposons en détail dans les paragraphes précédents.

NOMBRE D'OBSERVATIONS
EXAMINÉES : 935

Cas avec B. W négatif : 886, soit 94,76 %
Cas avec B. W positif : 49, soit 5,24 %

CAS NÉGATIFS : 886

Cas avec manifestations
faisant soupçonner la
syphilis..... 414 soit 47 %
Avortements..... 112 cas soit 13 %
Hypertrophie placentaire : 303 cas soit 33 %
quotient 1/3 : 239 cas (29 %).
quotient 1/4 : 42 cas (4,6 %).
Macérés..... 2 cas soit 0,11 %
Rate hypertrophiée..... 13 cas soit 1,7 %

CAS POSITIFS : 49

Cas avec manifestations
faisant soupçonner la
syphilis..... 46 soit 94 %
Avortements..... 9 cas soit 18 %
Hypertrophie placentaire : 43 cas soit 87,70 %
quotient 1/3 : 27 cas (33 %).
quotient 1/4 : 14 cas (28 %).
quotient 1/3 : 2 cas (4 %).
Macérés..... 3 cas soit 6 %
Rate hypertrophiée..... 12 cas soit 24 %

Il eut été illogique et un peu décourageant de constater que, dans la majorité des cas, les observations de ces enfants avec B.-W. positif, étaient en tous points normales, tant du côté maternel qu'ovulaire ou fœtal.

Tel n'est point la conclusion que nous pouvons tirer de nos recherches.

Les faits sont là et on ne peut leur faire dire le contraire de la vérité.

Il apparaît, d'une façon évidente, qu'un Bordet-Wassermann positif dans le sang du cordon ombilical a une valeur en tant que diagnostic de la syphilis héréditaire. Car cette positivité de la réaction n'est jamais isolée ; elle coexiste souvent avec plusieurs autres manifestations (maternelles, fœtales, ovulaires), d'origine syphilitique et dans l'immense majorité des cas avec une au moins de ces manifestations.

C'est là un résultat encourageant. Le Bordet-Wassermann dans le sang du cordon ne peut prétendre avoir une valeur de certitude absolue, mais il peut, par contre, quand il est positif, faire pencher la balance dans le sens de la syphilis. C'est ce que nous avons cherché à montrer.

La démonstration nous semble faite.

CONCLUSIONS

La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre la haute valeur de la réaction de Bordet-Wassermann dans le diagnostic de la syphilis.

Cette réaction peut être appliquée au diagnostic de la syphilis héréditaire en recherchant sa positivité dans le sang maternel.

La recherche de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon, au moment de la naissance, nous paraît une méthode simple et pratique.

Sur 935 observation que nous rapportons, nous trouvons 5,24 % de B.-W. positifs dans le sang du cordon.

On peut faire des réserves sur la valeur du sérum du sang du cordon. Certains auteurs pensent qu'il produit l'hémolyse dans des conditions anormales. Mais ce fait n'a pas encore affirmé après recherches scientifiques.

Jusqu'à nouvel ordre, on peut admettre l'identité du sang maternel et du sang du cordon.

Nous avons pu constater que, dans l'immense majorité des cas, une mère saine et un nouveau-né sain présentent une réaction *négative*.

Par contre, dans toutes nos observations avec Bordet-Wassermann *positif*, nous avons retrouvé la lourde trace du passage de la syphilis, soit chez la mère, soit chez le nouveau-né. La coexistence de la réaction humorale et de manifestations cliniques syphilitiques est la règle.

Nous pouvons donc dire que la constatation d'un Bordet-Wassermann positif dans le sang du cordon est un gros argument en faveur de la syphilis héréditaire et doit avoir comme conclusion : un traitement énergique.

Vu :

Le Président de la Thèse :

NICOLAS.

Vu :

Le Doyen :

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Décembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- CALMETTE, BRETON et COUVREUR. — Applications pratiques de la réaction de Wassermann au diagnostic de la syphilis chez le nouveau-né. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, séance du 18 fév. 1911, p. 239.
- FILDES. — Report to local gov. Board upon the prevalence of congenital Syphilis among the newly Born of the East End of London, 1915.
- FINKENER et NEUGASTEN. — *Archiv. für Gynäkologie*, vol. CXXII, cahier 1-2, 1924.
- FORDYCE. — La réaction de Wassermann, ses relations avec la vie du fœtus et la syphilis congénitale. *American Journal of Medical Sciences*, novembre 1922, p. 667.
- GOUGEROT. — Paradoxes et Imperfections de la réaction de Bordet-Wassermann. *Journal des Praticiens*, 29 nov. 1924, n° 48, p. 785.
- KING. — Syphilis et gestation. *New-Orléans Med. and Surg. Journal*, mai 1924.
- KLEE. — Syphilis et grossesse. *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, vol. LXV, cahier 5, 1924.
- NICOLAS et GATÉ. — La réaction de Bordet-Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue ? (39 % de Bordet-Wassermann positifs chez les non-syphilitiques). *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, avril 1914.

- NICOLAS et GATÉ. — La réaction de Bordet-Wassermann. Sa valeur théorique. Sa valeur pratique. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 3, 7 juin 1920.
- SCHUMANN. — Les rapports de la syphilis avec la gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. VIII, n° 3, sept. 1924.
- TRILLAT. — Recherches sur la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon. *Réunion obstétricale de Lyon*, 6 décembre 1926.
- URECH. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la puerpéralité. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 4, janvier 1924.
- VIGNES. — La réaction de Wassermann en pratique obstétricale. *Les Sciences Médicales*, n° 17, janv. 1924.
- VIGNES et DAUPHIN. — *L'Année Obstétricale*, 1926, Masson, éditeurs, Paris.
- WILLIAMS. — The value of the Bordet-Wassermann reaction in Obstetric based upon the study of 4517 consecutives cases. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1920, p. 335-341.
- WILLIAMS. — Traité classique « Obstétric », 1923, p. 692.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — La Réaction de Bordet-Wassermann. — Sa valeur. — Ses imperfections....	9
CHAPITRE II. — Historique.....	13
CHAPITRE III. — Observations	21
CONCLUSIONS.....	49
BIBLIOGRAPHIE	51

